

№ 2. – P. 141–146.

25. Goheland, M. C. Fabrication and Evaluation of Hydrogel Thickened Microemulsion of Ibuprofen for Topical Delivery / M. C. Goheland, S. A. Nagor // Indian J. Pharm. Educ. Res. – 2010. – Vol. 44, № 2. – P. 189–196.

26. Pig Ear Skin ex Vivo as a Model for in Vivo Dermatopharmacokinetic Studies in Man / C. Herkenne [et al.] // Pharmaceutical Research. – 2006. – Vol. 23, № 8. – P. 1850–1856.

27. In vitro permeation of diclofenac sodium from novel microemulsion formulations through rabbit skin / G. Kantarcı [et al.] // Drug Development Research. – 2005. – Vol. 65, № 1. – P. 17–25.

28. Kweon, J.-H. Transdermal delivery of diclofenac using microemulsions / J.-H. Kweon, S.-C. Chi, E.-S. Park // Archives of Pharmacal Research. – 2004. – Vol. 27, № 3. – P. 351–356.

29. Kuljits Bh Parsaee, S. In-vitro release of diclofenac diethylammonium from lipid-based formulations / S. Kuljits Bh Parsaee, M. N. Sarbolouki, M. Parnianpour // International Journal of Pharmaceutics. – 2002. – Vol. 241, № 1. – P. 185–190.

30. Sintov, A. C. Transdermal drug delivery using microemulsion and aqueous systems: Influence of skin storage conditions on the in vitro permeability of diclofenac from aqueous vehicle systems / A. C. Sintov, S. Botner // International Journal of Pharmaceutics. – 2006. – Vol. 311, № 1–2. – P. 55–62.

31. Ibuprofen Transport into and through Skin from Topical Formulations: In Vitro–In Vivo Comparison / C. Herkenne [et al.] // Journal of Investigative Dermatology. – 2007. – Vol. 127, № 1. – P. 135–142.

32. In Vitro and in vivo Evaluation of Drug Release from Semisolid Dosage Forms / E. Petró [et al.] // Scientia Pharmaceutica. – 2010. – Vol. 78, № 3. – P. 597–597.

Адрес для корреспонденции:

220116, Республика Беларусь,
г. Минск, пр-т Дзержинского, 83, корп. 15,
УО «Белорусский государственный
медицинский университет»,
кафедра фармацевтической технологии,
тел. раб.: +375 17 279-42-16,
e-mail: sushinskayaaoa@gmail.com,
Сушинская О. А.

Поступила 05.12.2019 г.

В. С. Глушанко, В. В. Кугач, Е. Н. Тарасова, Т. А. Дорофеева, Е. В. Игнатьева

**МИРОВЫЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ**

**Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь**

Благосостояние людей зависит от многих факторов, в том числе от уровня и качества оказываемых медицинских и фармацевтических услуг. Целью настоящей работы было провести анализ мировых систем здравоохранения и лекарственного обеспечения, используемых в различных государствах. Показано, что между тремя основными мировыми системами здравоохранения – социально-страховой Бисмарка, государственной Семашко-Бевеиджа и частно-страховой системой – размываются границы, хотя, как правило, какая-то из систем в конкретной стране преобладает. Характерны государственное регулирование здравоохранения и рыночные механизмы формирования фондов финансирования. Предусмотрено участие населения в соплатежах системы здравоохранения и лекарственного обеспечения в виде определенного процента от стоимости услуг и лекарственных средств, уплаты фиксированной суммы либо франшизы.

Ключевые слова: модель здравоохранения, лекарственное обеспечение, модель Бисмарка, модель Бевеиджа, система Семашко, медицинское страхование, соплатежи, источники финансирования здравоохранения, франшиза, реимбурсация, референтная цена.

ВВЕДЕНИЕ

Здоровье является одной из важнейших составляющих благосостояния лю-

дей. За последние два десятилетия значение здоровья еще более выросло, став не только индикатором, но и инструментом социально-экономического развития от-

дельных стран и мирового сообщества в целом [1].

Несмотря на существующие современные вызовы и угрозы (новые болезни, техногенные катастрофы, глобальное потепление, политическая нестабильность, экономический и финансовый кризис и др.), существуют перспективы для более здорового, стабильного и справедливого мира [1, 2].

В докладе Европейского бюро ВОЗ о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья «Здоровая и благополучная жизнь для всех», 2019 г., приведены пять условий, необходимых для достижения и поддержания здоровья. Это «хорошее качество и доступность медицинских услуг; защищенность доходов и социальная защита; достойные условия жизни; социальный и человеческий капитал; достойные условия труда и занятости» [3]. Для их реализации потребуются взаимодействие различных заинтересованных сторон: правительственных и неправительственных организаций, государственных и частных структур, средств массовой информации, медицинских ассоциаций и объединений, деятельность которых направлена на улучшение здоровья [1].

Целью настоящего исследования было проанализировать системы здравоохранения и лекарственного обеспечения, используемые в различных государствах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектами исследования были данные научных публикаций и Интернет-источников, характеризующие организацию систем здравоохранения и лекарственного обеспечения в различных государствах. В работе использовали методы исследования: эмпирический (сравнение) и комплексно-комбинированные (анализ и синтез), историко-аналитический.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Для обеспечения доступности медицинской и фармацевтической помощи всем слоям населения правительства различных государств формируют свои системы здравоохранения, отличающиеся подходом к организации медицинского обслуживания населения.

Национальные системы здравоохра-

нения, существующие в мире, классифицируют на 3 основных типа:

1. Социально-страховая (система Бисмарка), распространена в Германии, Франции, Нидерландах, Бельгии, Швейцарии, Японии.

2. Государственная.

2.1. Система Семашко (советская).

2.2. Система Бевериджа, используется в Великобритании, Финляндии, Португалии, Австралии, Испании, Сингапуре, Италии, Швеции, Новой Зеландии, Гонконге, Норвегии, Ирландии, Дании.

3. Частно-страховая, коммерческая, имеет место в США, некоторых странах Азии, Африки, Латинской Америки [4, 5].

Для ряда государств характерны модели здравоохранения, которые сочетают в себе признаки разных систем (например, Канада) [6–8].

Социально-страховая система (система Бисмарка) Германия

Первая система здравоохранения была разработана в Германии в начале 1880-х годов и получила впоследствии название системы, или модели Бисмарка (немецкой модели). К этому времени Германия стала занимать второе место в мире по объему промышленного производства, и, в то же время, как и во многих других европейских государствах, в обществе росли революционные настроения. В 1881 г. император Германии обнародовал модель социального страхования, а в 1883 г. канцлер Германии Отто фон Бисмарк подписал закон о страховании по болезни. Эти меры были направлены на обеспечение социальной поддержки рабочих и повышение их лояльности к государству. Для этого были образованы фонды социального страхования, из которых оплачивались расходы на лечение, пособия по безработице, пенсии и др. Со временем эти фонды трансформировались в больничные кассы, средства которых на две трети наполнялись за счет взносов работников и на одну треть за счет работодателей. В дальнейшем больничные кассы объединились в страховые компании. Эта модель до сих пор служит основой системы здравоохранения Германии и многих других стран [9, 10].

Современная немецкая система здравоохранения включает в себя два вида медицинского страхования: обязательное государственное и добровольное частное [9].

На всех граждан распространяется система обязательного государственного страхования, основной принцип которого — солидарность, в соответствии с которым все застрахованные лица определенный, одинаковый для всех, процент своего заработка перечисляют в больничные кассы. Объем медицинских услуг не зависит от материального достатка и размеров взносов в страховые фонды. В результате богатый платит за бедного, молодой за старого, здоровый за больного. В 2017 г. размер страхового взноса составлял 14,6 %, при этом половину взноса оплачивал работодатель. Для пенсионеров размер взноса — 7,3 %, оставшуюся часть оплачивает государство [9]. Размер страхового взноса не зависит ни от частоты посещения врачей, ни от объема полученной медицинской помощи. Все взносы застрахованных в системе государственного страхования попадают в общий фонд, из которого далее распределяются по больничным кассам в соответствии с количеством прикрепленных застрахованных. И потом эти деньги расходуются на тех пациентов, которые обратились за медицинской помощью.

Через фонды государственного медицинского страхования оплачивается только определенный перечень медицинских услуг и стоимость лекарственных средств (ЛС) в рамках ограниченного перечня. Если пациент желает получить услуги сверх включенного в страховку перечня, он должен оплатить их самостоятельно.

Стоимость рецептурных ЛС единая во всех аптеках. Врачи выписывают их под международным непатентованным наименованием, торговое наименование выбирает фармацевт. При этом ассортимент торговых наименований согласовывается с больничной кассой. Посетители аптеки, имеющие льготы, частично оплачивают приобретаемые ЛС. Размер оплаты составляет 7 %, 9 %, 11 % в зависимости от их стоимости (от 1 до 20 €, свыше 20 до 100 € и свыше 100 до 1000 € соответственно) [11].

Максимальным уровнем возмещения для всех ЛС является референтная цена, за исключением тех, для которых могут быть определены дополнительные медицинские преимущества. До 2003 г. с момента выхода на рынок большинство ЛС являлись возмещаемыми. Исключение составляли ЛС для лечения простуды, заболеваний слизистой оболочки рта, противогрибковые препара-

ты, слабительные средства и ЛС от укачивания. ЛС, эффект которых не может быть достоверно оценен, могли исключаться министром здравоохранения в соответствии с установленными правилами. Ограничивалось также назначение некоторых ЛС по определенным показаниям (анаболики для пациентов с онкологическими заболеваниями), которые могли использоваться только в исключительных случаях [12]. С 2004 г. к невозмещаемым ЛС были отнесены безрецептурные (за исключением детей младше 12 лет) и так называемые «lifestyle» препараты (для похудения, отказа от курения, лечения эректильной дисфункции, алопеции и др.) [12, 13].

Расширить объем оплачиваемых посредством страховки услуг, получить лечение более дорогостоящими ЛС можно, заключив договор частного медицинского страхования, заплатив взнос в соответствии с риском (возраст, наличие заболеваний) [9, 14, 15]. При этом в основе частного страхования лежит принцип «каждый платит сам за себя». Все расходы на лечение пациент вначале оплачивает сам, а потом страховая компания их ему возмещает. В Германии существует значительное (более 100) количество частных «больничных касс», право выбора создает конкуренцию между ними, что положительно отражается на качестве и объеме медицинской помощи населению [10].

В то же время сегодня в Германии отмечают ряд проблем в системе здравоохранения и недостатки системы Бисмарка. В стране практически нет поликлинической службы: врачи работают или в больницах, или занимаются частной медицинской практикой. Наблюдается дефицит врачей. В Германии не практикуется вызов врача на дом, даже к больному ребенку. У лиц с полным рабочим днем есть определенные сложности с тем, чтобы попасть на прием к врачу, потому что врачи работают с 8.00 до 17.00 с трехчасовым перерывом на обед и с выходными в субботу и воскресенье. Поэтому к врачу на прием легче попасть тому, кто меньше времени работает, а, соответственно, меньше зарабатывает и платит меньший взнос в больничную кассу. Пациенты с частной медицинской страховкой получают доступ к более современным дорогостоящим технологиям, чем застрахованные в системе ОМС. Это и ряд других проблем привели к тому, что в

настоящее время в Германии обсуждается необходимость реформирования системы здравоохранения. Социал-демократическая партия предлагает объединить обязательное государственное и частное страхование, создав Гражданскую систему страхования, призванную обеспечить для всех граждан независимо от дохода равный доступ к медицинским услугам [9].

Франция

На системе обязательного медицинского страхования базируется здравоохранение Франции. В начале 2016 г. во Франции начала функционировать новая система медицинского страхования Protection universelle maladie (PUMA), в соответствии с которой резиденты Франции при условии непрерывного проживания в течение 3 месяцев на ее территории получают государственную медицинскую страховку, обеспечивающую полный доступ к медицинскому обслуживанию. На объем оказываемой помощи не влияют возраст, история болезни пациента, сумма взноса в фонд социального страхования.

Из заработной платы каждого работающего жителя Франции автоматически удерживаются отчисления в фонд медицинского страхования. Их размер зависит от уровня заработка, состава семьи и других факторов и составляет в среднем 8 % от чистого дохода, превышающего минимальное установленное значение.

Одновременно с системой PUMA во Франции работает программа CMU-complémentaire (CMU-C), по которой лица с низким доходом, не превышающим установленного государством значения, и безработные при отсутствии полиса частного медицинского страхования получают бесплатную медицинскую страховку.

Большая часть расходов на лечение компенсируется из средств государственного медицинского страхования. Оставшаяся часть расходов пациент оплачивает самостоятельно. Стоимость приобретенных по рецептам ЛС возмещается в размере до 100 % [16].

Во Франции к возмещаемым относятся ЛС, включенные в один из базовых перечней. Базовый перечень (положительный список) является механизмом управления и контроля за лекарственным обеспечением населения. В него включаются ЛС с установленными ценами, которые разрешено назначать врачу, стоматологу, акуше-

ру [17]. В данные перечни включено более половины зарегистрированных во Франции ЛС. Полностью возмещается стоимость жизненно важных и дорогих ЛС. Для большинства остальных ЛС возмещается 65 % их стоимости; для менее значимых – 35 %. Стоимость ЛС безрецептурного отпуска возмещению не подлежит [18].

Наряду с государственным страхованием, многие жители Франции дополнительно заключают договоры частного медицинского страхования, что позволяет им компенсировать оставшуюся часть затрат, не оплаченных в рамках государственной страховки [16].

Нидерланды

Система здравоохранения Нидерландов является одной из лучших не только в Европе, но и в мире. Она основана на сочетании обязательного базового страхования (basisverzekering) и дополнительного страхования (aanvullende verzekering) [19]. Каждый гражданин старше 18 лет, проживающий в Нидерландах, должен приобрести страховку – франшизу (установленная сумма, уплачиваемая пациентом в течение определенного периода) [20]. Стоимость франшизы в Нидерландах в 2017 году составляла около 100 евро в месяц. Первые 385 евро за медицинские услуги составляют так называемый «свой риск» – *eigen risico* – его голландцы оплачивают сами. Базовая медицинская страховка охватывает достаточно широкий спектр медицинских услуг – шире, чем в других странах Европы. Она включает посещение врача общей практики, расходы на скорую медицинскую помощь и госпитализацию, хирургические вмешательства, анализ крови, полную стоматологическую помощь пациентам до 18 лет и ограниченную – старше этого возраста, психологическую помощь, медицинские услуги для беременных, приобретение ЛС по рецепту врача [19].

Существует страхование ежедневных вспомогательных услуг по уборке помещений, приготовлению пищи (*Wet maatschappelijke ondersteuning*) и долгосрочному уходу (*Wet langdurige zorg*) – данный полис покрывает расходы в том числе по уходу за инвалидами. Предусмотрено также страхование детей в возрасте до 18 лет (*Jeugdwet*) – страховка для детей бесплатная, дети должны быть зарегистрированы в рамках страховки одного из родителей [19, 21].

Все расходы на медицинские услуги и ЛС, не покрываемые страховкой обязательного страхования, голландцы оплачивают самостоятельно либо приобретают страховку дополнительного страхования. Дополнительная страховка может возмещать услуги иглоукалывания и гомеопатического лечения [20, 21].

При отсутствии базовой страховки граждан, проживающих в Нидерландах, штрафуют. Если по истечении 9 месяцев страховой полис все еще не приобретен гражданином, его регистрируют принудительно, а страховую сумму вычитают из зарплаты [19, 22].

Система здравоохранения Нидерландов является одной из самых затратных: в 2015 году расходы на здравоохранение в этой стране составили 11,8 % от ВВП, в 2016, по данным ВОЗ, опубликованным в 2019 году, – 10,4 % [19, 23].

Япония

В Японии также действует система всеобщего медицинского страхования, которая охватывает всех граждан, включая резидентов других стран, законно проживающих в Японии. Размер отчислений на медицинскую страховку достаточно высок и составляет 23 % от заработной платы. Возмещение стоимости расходов на фармакотерапию происходит следующим образом. Существует так называемый позитивный список ЛС, подлежащих реимбурсации в рамках обязательного медицинского страхования [17, 24]. Этот список и цены на включенные в него ЛС утверждаются министерством здравоохранения, при этом размер розничной наценки не может превышать 2 %. Пациент оплачивает не более 30 % стоимости ЛС из позитивного списка, оставшаяся же часть реимбурсируется из средств медицинского страхования. Для пациентов старше 65 лет, детей до 6 лет и малообеспеченных стоимость ЛС реимбурсируется полностью. Стоимость безрецептурных ЛС возмещению не подлежит [24].

В большинстве развитых стран системами медицинского страхования охвачены от 70 до 100 % населения. Незначительная часть наиболее обеспеченных граждан получает медицинскую помощь за свой счет. Формирование средств страховых фондов происходит, как правило, по 3 каналам: взносы работников, целевые взносы работодателей, субсидии государства. Такая си-

стема финансирования обеспечивает достаточную гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины.

Государство управляет здравоохранением и гарантирует всем или большинству граждан оказание медицинской помощи независимо от их социального статуса, в государственных и частных организациях здравоохранения, при сохранении рыночных принципов оплаты медицинских услуг [15].

Таким образом, для страховой медицины характерны: формирование страховых фондов совместными усилиями государства, работодателей и работников; государственное управление страховыми фондами; распределение средств фондов независимо от заработка получателей льгот и размера их взносов. Социально-страховая система имеет черты и государственной, и рыночной моделей. В зависимости от того, какие параметры преобладают, социально-страховая модель может быть ближе либо к государственной, либо к рыночной [15].

Государственная система

Система Семашко

Система Семашко, являющаяся государственной системой здравоохранения, действовала в СССР с 1930-х до начала 1990-х годов. Ее автором был Николай Александрович Семашко, первый нарком здравоохранения РСФСР, разработавший для нового советского государства принципиально новую централизованную систему здравоохранения, основанную на идее всеобщей доступности бесплатной медицинской помощи. В основу системы Семашко заложены следующие принципы: единая организация и централизация системы здравоохранения; равная доступность здравоохранения для всех граждан; первоочередное внимание детству и материнству; единство профилактики и лечения; ликвидация социальных основ болезней; привлечение общественности к делу здравоохранения [25].

Система Семашко предусматривала создание нового центрального органа управления – народного комиссариата здравоохранения РСФСР, которому подчинялись абсолютно все медицинские учреждения. Их деятельность финансировалась из государственного бюджета. Каждый гражданин был прикреплен к определенному учреждению здравоохранения по месту своего проживания и имел равный доступ к получению полного объема ме-

дицинской помощи независимо от уровня доходов. В зависимости от сложности заболевания пациенты могли направляться на лечение все выше и выше по ступеням пирамиды здравоохранения: фельдшерско-акушерский пункт (ФАП) – участковая поликлиника – районная больница – областная больница – специализированные институты [25]. Практиковались участковый и диспансерный методы медицинского обслуживания населения. При лечении в стационаре пациенты получали все необходимые ЛС бесплатно, за счет бюджета медицинской организации. Граждане СССР сами оплачивали только ЛС для амбулаторного лечения.

Организация в СССР системы здравоохранения в соответствии с принципами, предложенными Н. А. Семашко, позволила создать единую систему профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, ликвидировать массовые эпидемии, улучшить качество жизни граждан и увеличить ее продолжительность, что привело к значительному росту численности населения. Уровень расходов на здравоохранение в СССР в 1960-е годы составлял величину, сопоставимую с показателем наиболее развитых стран, – 6–6,5 % от ВВП [15].

Достижения советской системы здравоохранения в свое время получили положительную оценку за рубежом, в том числе в капиталистических странах. ВОЗ рекомендовала использовать ее элементы при создании национальных моделей здравоохранения.

Однако улучшение доступности и качества медицинской помощи обеспечивалось экстенсивным развитием здравоохранения: увеличением количества врачей, медсестер и больничных коек. Например, в 1983 г. в США количество коек было в 4 раза меньше, чем в СССР [15]. На фоне значительно возросшего коечного фонда отмечалась проблема постоянно растущего дефицита финансирования. В начале 1990-х годов расходы на здравоохранение снизились до 2–3 % от ВВП [15]. Это обуславливало невозможность разработки и широкого использования новых дорогостоящих технологий и ЛС, что фактически ограничивало доступ большинства граждан к высококачественной медицинской помощи. Все эти негативные тенденции привели к тому, что с 1970-х годов СССР по уровню развития здравоохранения стал отставать от передо-

вых стран [15, 25]. Тем не менее, в свое время советская модель здравоохранения была действительно передовой.

Система Бевериджа Великобритания

Английская система здравоохранения начала формироваться в 1911 году при правительстве Дэвида Ллойд-Джорджа. В соответствии с данной системой заработная плата врача зависела от количества закрепленных за ним пациентов. Принцип оплаты «деньги следуют за пациентом» существует в Великобритании и в настоящее время. Пациенты имеют право самостоятельно выбрать врача общей практики. Его гонорар зависит не только от количества зарегистрированных пациентов, но и от их возраста, пола и уровня доходов (выплаты выше на детей до 4-х лет и лиц старших возрастных групп, женщин детородного возраста и граждан с низким уровнем доходов) [15].

В годы второй мировой войны премьер-министр Уильям Черчилль поручил заместителю министра труда, экономисту Уильяму Генри Бевериджу разработать программу послевоенной социальной реконструкции. На основе «Отчета Бевериджа 1942 года» создавалась Национальная Служба здравоохранения (National Health Service, NHS) Великобритании: в 1948 году правительство лейбористов утвердило систему всеобщего бесплатного здравоохранения [15, 26]. Беверидж при подготовке своего «Отчета» рассчитывал на высокое качество бесплатных медицинских услуг и снижение расходов на здравоохранение. Однако начались злоупотребления как со стороны пациентов, так и со стороны врачей. Пациенты часто необоснованно вызывали медицинских работников на дом; врачи сами формировали спрос на медицинские услуги: лечили здоровые зубы, выписывали очки людям с нормальным зрением, проводили операции аппендэктомии в профилактических целях. В результате расходы на здравоохранение выросли в несколько раз [15].

Чтобы исправить сложившиеся положение, правительством была введена система соплатежей населения за получаемое лечение. Врачи общей практики получили право ограничивать направление пациентов к узким специалистам. В результате сократилось число госпитализаций и уменьшились расходы [26].

Дальнейшее совершенствование система Бевериджа получила в Великобритании при премьер-министре Маргарет Тэтчер, которая провозгласила новое направление развития Национальной Службы здравоохранения. Врачи общей практики стали объединяться в группы фондодержателей, которые получали от государства общий годовой бюджет на лечение и профилактику заболеваний закрепленных за ними пациентов, включая дорогостоящее стационарное лечение и медицинские услуги узких специалистов [15]. Однако такие объединения были добровольными, не все врачи поддерживали данную идею.

Тони Блэр продолжил реформы М. Тэтчер. Фондодержатели были переименованы в группы «первичной помощи», объединения врачей общей практики стали более крупными и обязательными. За реализацию профилактических мероприятий врачам общей практики предусмотрены специальные целевые выплаты.

В результате система здравоохранения Великобритании изменилась в сторону использования образца социально-страховой модели [27]. По сравнению с другими системами Евросоюза в Великобритании расходы на здравоохранение находятся на среднем уровне и в два раза ниже, чем в Германии, при относительно высоких показателях здоровья и продолжительности жизни населения.

При реализации ЛС по амбулаторным рецептам врача в Великобритании функционирует система возмещения их стоимости, основанная на государственном финансировании и соплатежах пациентов. Для трудоспособного населения в 2014 г. соплатеж составлял 7,85 фунта стерлингов за один рецепт. Для групп населения с низкими доходами существуют льготы. Полностью освобождены от оплаты ЛС лица до 16 лет, 60 лет и старше, студенты дневной формы получения образования до 19 лет, пациенты с онкологическими заболеваниями, военные пенсионеры и инвалиды войн [26, 28].

Британская бюджетная система здравоохранения получила распространение и в других странах мира. В Греции, Испании, Норвегии, Португалии большая часть средств на здравоохранение выделяется из государственного бюджета. Бюджетное финансирование формируется за счет налоговых платежей населения и предпринимате-

лей. В этих странах здравоохранение также контролируется государством. Централизованное финансирование позволяет сдерживать рост расходов на здравоохранение. Такая система обеспечивает принцип равноправия в получении медицинской помощи для всех граждан страны [29].

Италия

Организация итальянской медицины похожа на британскую Национальную систему здравоохранения, но отличается меньшей централизацией. Правительство Италии устанавливает цели, на которые должны расходоваться средства, проводит мониторинг показателей здоровья населения. Начиная с 2001 года, в соответствии с конституцией правительство определяет также основные уровни медицинской помощи для регионов. Региональные власти контролируют собственные бюджеты и распределение ресурсов на местном уровне. Централизованные дотации направляются только в регионы с более низким уровнем доходов населения [29].

Прием врача общей практики в Италии является бесплатным, прием врача-специалиста при наличии направления оплачивается пациентом по сниженной ставке, по сравнению со стоимостью самостоятельного визита к специалисту. При наличии рецепта пациент получает скидку на ЛС [29].

В стационарных условиях, если пациент предпочитает, чтобы ему выписали более дорогое ЛС, чем его референтный аналог, он должен оплатить разницу в их стоимости. Референтные препараты выбираются из ЛС, стоимость которых возмещается государством. Референтная цена устанавливается для нескольких международных непатентованных наименований из одной группы анатомо-терапевтической химической классификации. Цена пересчитывается по установленной методике каждый месяц. Кроме того, в соответствии с законодательством некоторых регионов, пациенты выплачивают фиксированную сумму за выписку рецепта врача или за количество выписанных ЛС [29].

При возмещении стоимости ЛС учитывается классификационная категория, к которой они относятся. Препараты класса «А» являются важнейшими, и их цена полностью возмещается за счет системы здравоохранения. При этом некоторые ЛС из указанной категории подлежат возме-

щению только по отдельным показаниям. Стоимость препаратов класса «С» не возмещается [29, 30].

В Италии существуют несколько видов перечней ЛС. Препараты, возмещаемые на территории страны, включены в Национальный фармацевтический формуляр. Государственное возмещение их стоимости осуществляется в амбулаторных и стационарных условиях. При этом среди воспроизведенных лекарственных препаратов возмещению подлежат только те, цена которых не превышает референтную. Формуляр пересматривается раз в год. Если затраты на лекарственное обеспечение превышают установленный порог, пересмотр может проводиться раз в полгода [29].

Региональные госпитальные фармацевтические формуляры и Госпитальные фармацевтические формуляры определяют номенклатуру ЛС и схемы их назначения при определенных заболеваниях у определенных пациентов на региональном уровне. Они являются возмещаемыми. В связи с децентрализованной системой здравоохранения региональные и местные перечни могут включать не все ЛС национального перечня. Это может быть причиной неравного доступа населения к лекарственному обеспечению. Если регионы не имеют собственных формуляров, возмещению подлежат ЛС, включенные в национальный формуляр.

В соответствии с законодательством установлены нормы затрат на лекарственное обеспечение. Для амбулаторных условий они составляют не более 13 % от всех затрат на здравоохранение, для стационарных – не более 16 %. В целом, на государство приходится около 90 % затрат на лекарственное обеспечение в стране. В амбулаторном секторе соплатежи пациентов составляют 30 % затрат. Они покрывают разницу в стоимости референтных и более дорогих препаратов, невозмещаемые ЛС и самолечение. 50 % соплатежей пациентов составляет оплата невозмещаемых рецептурных препаратов, 35 % – безрецептурных, 15% – возмещаемых, но приобретенных самостоятельно или за рамками гарантированной медицинской помощи [29].

Несмотря на то, что в Италии расходы на здравоохранение составляют относительно небольшой процент от ВВП, в

последние годы они увеличиваются. Правительство предпринимает различные меры для их сокращения: уменьшение компенсационных расценок, увеличение долевого участия граждан, ограничение списка рецептурных ЛС и регулирование цен на них.

Австралия

В Австралии льготы на лекарственное обеспечение впервые появились в 1944 г. В 1949 г. составлен первый перечень наиболее важных ЛС, которые бесплатно выдавались по рецепту врача любому пациенту независимо от уровня его доходов. Пенсионеры имели право на бесплатное обеспечение ЛС, включенными в Фармакопею Великобритании, которая действовала на территории Австралии.

В 1953 г. с выходом Закона о национальном здоровье были заложены основы современной Системы фармацевтических льгот Австралии. В соответствии с ней население доплачивало часть стоимости приобретаемых лекарственных средств. В связи с ростом расходов на здравоохранение часть льгот была упразднена в 1960 г. Значительные льготы сохранились для пенсионеров [31].

В рамках Государственной программы льгот на ЛС (Pharmaceutical Benefits Scheme, PBS), которая действует в Австралии в настоящее время, обеспечивается вакцинация населения и оплата 80 % стоимости рецептурных препаратов [26, 32]. Размер финансирования расходов на ЛС зависит от категории, к которой относится пациент. В первую группу включены граждане и постоянные жители Австралии, имеющие карточку государственного страхования Medicare Australia; во вторую – пенсионеры и малоимущие австралийцы, имеющие карточку медицинской опеки Helth Care Card. В среднем соплатежи населения составляют 16 % от общей стоимости лекарственных средств. В пределах льготного списка обычно назначаются генерические ЛС. При желании пациента приобрести оригинальное ЛС он оплачивает разницу между оригинальным и генерическим средством. Если врач считает необходимым назначение оригинального средства, он отмечает в рецепте невозможность его замены. Назначение дорогостоящих ЛС на льготных условиях строго контролируется Министерством здравоохранения [31].

Частно-страховая система США

Частно-страховая модель здравоохранения присуща США. Американская система создавалась стихийно, как свободный рынок медицинских и страховых услуг. В США функционирует децентрализованная система здравоохранения. США является наиболее типичным представителем системы частного медицинского страхования. Формально управление здравоохранением в стране исполняет департамент здравоохранения, но функции его крайне узки. Кроме того, в каждом штате имеется свой департамент здравоохранения. Его функции сводятся, главным образом, к проблемам санитарно-противоэпидемической защиты. В этом государстве для большинства граждан страхование здоровья является частным делом каждого [33, 34].

В США имеется более 1000 частных страховых медицинских компаний. Наиболее крупными из них являются «Голубой крест» и «Голубой щит». Вместе с тем для наиболее уязвимых слоев населения существует две государственные программы: «Медикэр» и «Медикейд». «Медикэр» предназначена для страхования лиц пенсионного возраста старше 65 лет, а «Медикейд» – для безработных, бедных слоев населения и некоторых категорий инвалидов [33, 35]. Эти две программы также активно участвуют в возмещении затрат на приобретение ЛС. Доля расходов на ЛС в составе общего финансирования медицинской помощи по программе «Медикэр» и «Медикейд» в 2005 г. составляла 7 % и 10 % соответственно. Пациентам программы «Медикейд» приобретение ЛС оплачивалась, а по программе «Медикэр» 67 % участников потребляли ЛС, выписанные врачами бесплатно и на льготных условиях [34].

Частные схемы покрытия стоимости амбулаторных рецептурных лекарственных средств варьировали. Однако все они придерживались одной стратегии, основными элементами которой являлись скидки производителей (обеспечивающие более низкие цены), лекарственные формуляры (в рамках которых осуществлялось назначение), стимуляция применения генериков (право на генериковую замену было предоставлено аптекам в большинстве штатов еще в 1980 г.). Однако, несмотря на существование этих правительственных программ, не все граждане этой страны имели

медицинскую страховку [34].

В 2010 году в США в ходе реформ здравоохранения был подписан федеральный Закон о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act), или Obamacare. Основной смысл реформы, инициированной президентом страны Бараком Обамой, был прост: сделать медицинскую помощь всеобщей за счет охвата медицинским страхованием всего населения США. Кроме того, Законом вводилось государственное регулирование тарифов и объемов страхового покрытия, нормы, облегчающие выбор гражданами страхового плана, регулирование цен и повышение качества медицинских услуг [36, 37].

На момент запуска Obamacare страховых медицинских полисов не было примерно у 15 % жителей США (около 50 млн человек) – им не оплачивали страховку работодатели, и они не попадали в число получателей федеральных льгот для малоимущих или пожилых [7]. Малоимущим оплачивалась экстренная госпитализация, ЛС, ведение беременности и педиатрическая помощь [36]. В сентябре 2017 года число незастрахованных американцев достигло исторического минимума – 8,6 % от населения США. Однако сделать страховку финансово доступной не получилось. Растущая стоимость полисов была главным предметом жалоб пациентов и основным аргументом противников реформы. Страховые компании в свою очередь были недовольны, что из-за Obamacare им пришлось смягчить условия предоставления полисов. Для них это обернулось убытками, которые те пытались покрыть, увеличив, где это возможно, цены на медицинские полисы. В 2016 году сразу три крупные страховые компании объявили, что сократят в 2017 г. продажи полисов обязательного медицинского страхования из-за убытков.

В 2017 году новый Президент США Дональд Трамп подписал исполнительный указ, в соответствии с которым были изменены некоторые положения Закона о доступном здравоохранении, в том числе отменены штрафы за отказ от страхования и уменьшены расходы на лечение малоимущих [36].

В декабре 2018 г. Федеральным судом в Форт-Уорт отменена реформа Obamacare и вся система объявлена несостоятельной. Однако до момента завершения апелляции

система остается частично действующей. Государство субсидирует страховки некоторых граждан, но это не является обязательным. В настоящее время более 27 млн. американцев по-прежнему не имеют медицинской страховки. При этом даже ее наличие не гарантирует доступ к качественным медицинским услугам [36].

Смешанная система Канада

Система здравоохранения Канады является примером варианта, сочетающего в себе элементы различных моделей здравоохранения.

На формирование системы здравоохранения Канады существенное влияние оказали Великобритания (модель Бевериджа) и США (рыночная модель). В настоящее время канадская система здравоохранения сочетает в себе характеристики социально-страховой и государственной моделей и основывается на принципах государственного управления, универсальности, доступности и мобильности.

В стране действует система всеобщего государственного медицинского страхования Medicare, охватывающая 99 % населения. Для владельцев государственной страховки медицинские услуги предоставляются бесплатно. Для Канады характерна децентрализация управления здравоохранением, провинции и территории являются достаточно автономными в определении объема медицинских услуг, покрываемых государственной страховкой.

Чтобы получить доступ к медицинским услугам, жителю Канады необходимо подать заявку на государственное медицинское страхование в своей провинции или территории, получить медицинскую карту и стать участником плана медицинского страхования (Health Insurance Plan) в определенной провинции или территории. Каждая из них имеет свой собственный план медицинского страхования, который включает различный перечень услуг.

В соответствии с канадским Законом о здравоохранении лица, имеющие медицинскую страховку, бесплатно получают необходимые по медицинским показаниям стационарные и амбулаторные услуги (стандартное размещение в палате; диагностические процедуры, такие как рентгенография и анализы крови; лекарственные средства, назначаемые в стационаре;

использование операционных и иных помещений больницы; услуги среднего медицинского персонала; родильный уход).

В то же время государственная медицинская страховка не распространяется на стоматологическую, психиатрическую помощь, косметическую хирургию и некоторые факультативные операции; уход на дому или долгосрочный уход; гомеопатическое лечение. Порядок возмещения стоимости отпускаемых по рецепту ЛС отличается в разных провинциях: в одних они совсем не входят в страховку, в других возмещаются в большей или меньшей степени. Стоимость ЛС, которые гражданин приобретает без рецепта врача, страховкой не возмещается [6, 20, 38].

Поэтому большинство жителей Канады для оплаты услуг, которые не подпадают под действие Закона о здравоохранении, заключают договоры частного медицинского страхования, в оплате которых могут участвовать работодатели или правительство. Провинции обеспечивают частичное покрытие для детей, жителей с низкими доходами и пожилых людей. Частная страховка часто включает в себя отпускаемые по рецепту лекарственные средства, услуги в сфере стоматологии, офтальмологии, физиотерапии, реабилитации и протезирования и др. [38].

Уровень расходов на здравоохранение в Канаде составляет около 11 % от ВВП, при этом государственные расходы занимают около 7,6 % от ВВП [7].

Уровень здравоохранения в Канаде считается одним из самых высоких в мире, но при этом и уровень цен на ЛС долгое время существенно превышал мировые. Поэтому в Канаде были разработаны некоторые меры, направленные на снижение стоимости фармакотерапии. В настоящее время в Канаде действует система государственного регулирования цен на ЛС. Наблюдательный совет по ценам на патентованные ЛС в период действия патента на оригинальные ЛС следит за тем, чтобы они не были дороже уже присутствующих на канадском рынке средств, предназначенных для лечения определенных заболеваний. В Канаде стимулируется назначение врачами и использование пациентами генериков, практикуется совместная оплата ЛС пациентами и государством, устанавливаются ограничительные перечни ЛС, стоимость которых подлежит возмещению [6].

Республика Беларусь

В Республике Беларусь в настоящее время сохранен государственный характер системы здравоохранения, ее финансирование происходит из бюджета в соответствии с установленными нормативами бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя. Пациентам в Республике Беларусь гарантируются бесплатная медицинская помощь в государственных организациях здравоохранения, государственная система обеспечения доступности ЛС, право выбора организации здравоохранения и лечащего врача, право участия в выборе методов лечения. В организационной структуре системы здравоохранения сохраняется принцип пирамиды Семашко [39, 40]. По оценкам международных экспертов, Беларусь занимает одно из ведущих мест в мире по доступу населения к медицинским услугам (делит первое место с Брунеем и Канадой) [39].

В системе лекарственного обеспечения в Республике Беларусь заложен принцип рациональности и обеспечения доступности эффективных и безопасных ЛС. Разработан и периодически актуализируется Республиканский формуляр, в пределах которого при лечении в стационаре пациенты получают ЛС бесплатно. Республиканский формуляр является основой для формирования планов государственных закупок ЛС и разработки перечня основных ЛС. Отдельные категории пациентов при лечении в амбулаторных условиях имеют право на льготное, в том числе бесплатное, лекарственное обеспечение в пределах перечня основных ЛС по рецептам врачей [41].

В то же время в Республике Беларусь существует достаточно развитая сеть организаций здравоохранения негосударственной формы собственности, на которую приходится около 7 % объема оказываемых медицинских услуг [40]. Расширяется спектр платных медицинских услуг при сохранении возможности получения необходимого лечения на бесплатной основе. Развивается система добровольного страхования медицинских расходов, ряд экспертов отмечает тенденцию перехода Республики Беларусь к страховой медицине, но в настоящее время только около 4 % граждан имеют страховой полис. Страховщиками являются страховые компании, а страхователями могут быть как физические лица, так и индивидуаль-

ные предприниматели и юридические лица. Чаще всего договоры добровольного страхования медицинских расходов заключают работодатели в отношении своих работников. Это является выгодным и для организаций, так как стоимость страховки снижается с увеличением количества застрахованных, и для самих работников (страховка расширяет так называемый социальный пакет, предоставляемый работодателем). Заключение договоров в индивидуальном порядке пока не получило распространения, потому что стоимость индивидуального полиса достаточно высока и, как правило, сопоставима со стоимостью годовых расходов на медицинские услуги. В перечень услуг, предусмотренных медицинской страховкой, входят консультативно-диагностические приемы и наблюдение специалистов (терапевта, педиатра, гинеколога, уролога, гастроэнтеролога, кардиолога, оториноларинголога, офтальмолога, хирурга, травматолога, эндокринолога, невролога, физиотерапевта и др.), но не более 3-х консультаций (приемов) в совокупности в период действия договора страхования, стационарная помощь, стоматологические услуги (лечение), расходы на фармакотерапию [42, 43]. Существуют различные программы страхования, отличающиеся стоимостью полиса и лимитами на оказание медицинских услуг.

Таким образом, выделяют 3 основные модели здравоохранения, однако в настоящее время в реальной практике моделей в чистом виде практически не существует. Как правило, сложившаяся в том или ином государстве система здравоохранения представляет собой сочетание элементов различных моделей, которое с течением времени может претерпевать изменения, обусловленные изменениями политической ситуации в стране или экономическими факторами.

В соответствии с системами здравоохранения сформировались модели лекарственного обеспечения населения, в рамках которых объемы и механизмы финансирования расходов на ЛС могут существенно отличаться в разных странах. Существуют следующие модели финансирования лекарственного обеспечения:

- стоимость фармакотерапии полностью оплачивается из средств государственного бюджета или страховых фондов;
- отдельная категория пациентов стоимость ЛС оплачивает самостоятельно;

– система совместных платежей, когда пациент оплачивает либо определенный процент от стоимости ЛС, либо фиксированную сумму.

Одним из методов совместного несения расходов на здравоохранение, включая и лекарственное обеспечение, является франшиза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Существуют три основные системы здравоохранения, которые отличаются степенью государственного регулирования здравоохранения и порядком формирования фондов на его финансирование. Государственная система Семашко/Бевеиджа характеризуется государственным финансированием и управлением, всеобщим охватом населения, высоким качеством медицинских услуг. Такая система функционирует в Великобритании, Италии, Австралии. Социально-страховая система Бисмарка основана на финансировании здравоохранения из страховых взносов работодателей и населения; для нее характерен полный охват населения и высокое качество услуг. Социально-страховая система присуща Германии, Франции, Нидерландам, Японии. Американская частно-страховая система существует за счет рынка медицинского страхования, однако охват медицинскими услугами частичный, при высоком качестве цены на услуги высокие. Мировой тенденцией является сочетание элементов различных систем при построении моделей здравоохранения конкретных государств. Примером смешанной системы здравоохранения является Канада. Высокой степенью доступности медицинской и лекарственной помощи населению характеризуется Республика Беларусь, система здравоохранения которой базируется на модели Семашко при использовании элементов социально-страховой медицины. В рамках различных систем здравоохранения рецептурные лекарственные средства либо предоставляются населению бесплатно, либо предусматривается их частичная оплата. Как правило, стоимость безрецептурных лекарственных средств для населения не возмещается.

SUMMARY

V. S. Glushanko, V. V. Kuhach,
E. N. Tarasova, T. A. Dorofeeva,
A. V. Ihnatsyeva

WORLD HEALTH CARE SYSTEMS AND DRUG PROVISION FOR THE POPULATION

People's well-being depends on many factors including the level and quality of medical and pharmaceutical services provided. The purpose of this work was to analyze the world's health care and drug supply systems used in various countries. It is shown that boundaries between the three main global health care systems – Bismarck social insurance system, Semashko-Beveridge state system and private insurance system - are blurred although, as a rule, one of the systems prevails in a particular country. State regulation of health care and market mechanisms for the formation of financing funds are typical. Participation of the population is foreseen in the co-payments of the health care system and drug supply in the form of a certain percentage of the cost of services and drugs, payment of a fixed sum or a franchise.

Keywords: healthcare model, drug provision, Bismarck model, Beveridge model, Semashko system, medical insurance, co-payments, sources of healthcare financing, franchise, reimbursement, reference price.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блум, Д. Э. Состояние здравоохранения в мировом масштабе / Д. Э. Блум // Финансы и развитие. – 2014. – № 2. – С. 6–11.
2. Иванов, О. Б. Современный мир: глобальные тенденции, вызовы и угрозы // О. Б. Иванов // ЭТАП: Экономическая теория, анализ, практика. – 2019. – № 1. – С. 20–36.
3. Информационный бюллетень «Здоровье и благополучие» [Электронный ресурс] // Документационный центр ВОЗ при ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения». – 2019, октябрь. – Режим доступа: <http://whodc.mednet.ru/ru/informacionnyj-byulleten/2019-god.html>. – Дата доступа: 04.12.2019.
4. Мельник, И. А. Классификация моделей здравоохранения. Мировой опыт становления систем здравоохранения / И. А. Мельник // Аспирант. – 2016. – № 2 (18). – С. 93–100.
5. Современное здравоохранение. Где, кто и сколько? [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rjadovoj-rus>.

livejournal.com/4255140.html. – Дата доступа: 04.12.2019.

6. Кугач, В. В. Актуальные вопросы лекарственного обеспечения населения Канады / В. В. Кугач // Рецепт. – 2014. – № 1. – С. 38–47.

7. Омеляновский, В. В. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения / В. В. Омеляновский, Л. В. Максимова, А. П. Татаринов // Финансовый журнал. – 2014. – № 3. – С. 22–34.

8. Копилевич, В. В. Использование зарубежного опыта обеспечения лекарственной доступности / В. В. Копилевич // Актуальные проблемы модернизации управления и экономики: российский и зарубежный опыт: материалы Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием), Томск, 29–30 марта. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2012. – С. 206–214.

9. Медицина в Германии: от Бисмарка до наших дней [Электронный ресурс] // Вести. Экономика. – Режим доступа: <https://www.vestifinance.ru/articles/94951>. – Дата доступа: 05.12.2019.

10. Буссе, Р. Системы здравоохранения: время перемен [Электронный ресурс] / Р. Буссе, А. Райзберг. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/80722/E85472R.pdf. – Дата доступа: 02.12.2019.

11. По пути успешной дистрибуции и сотрудничества / В. В. Кугач [и др.] // Вестник фармации. – 2008. – № 1 (39). – С. 76–81.

12. Лукьянцева, Д. В. Международный опыт лекарственного обеспечения населения в амбулаторном секторе / Д. В. Лукьянцева, Л. С. Мельникова, А. П. Татаринов // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2017. – Том 10, № 4. – С. 44–52.

13. Categories of Lifestyle Drugs [Electronic source]. – Mode of access: verywellhealth.com. – Data of access: 02.12.2019.

14. Cichon, M. Между Бевериджем и Бисмарком: выбор возможностей финансирования здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы / M. Cichon, C. Normand // Всемирный форум здравоохранения. – 1994. – Том 15, № 4. – С. 17–21.

15. Карпов, О. Э. Модели системы здравоохранения разных государств и об-

щие проблемы сферы охраны здоровья населения [Электронный ресурс] / О. Э. Карпов, Д. А. Махнев // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. – 2017. – Т. 12, № 3. – С. 92–100. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/modeli-sistem-zdravookhraneniya-raznyh-gosudarstv-i-obschie-problemy-sfery-ohrany-zdorovya-naseleniya>. – Дата доступа: 06.12.2019.

16. Частная и государственная медицинская страховка для иностранцев во Франции [Электронный ресурс] // Портал о страховании выезжающих Insure. Travel. – Режим доступа: <https://www.insure.travel/fr/health>. – Дата доступа: 29.11.2019.

17. Иностранный опыт лекарственного страхования—обзор [Электронный ресурс] // Всероссийский союз страховщиков. – Режим доступа: <http://www.ins-union.ru/rus/news/18/553>. – Дата доступа: 29.11.2019.

18. Кугач, В. В. Здравоохранение и фармация Франции / В. В. Кугач // Рецепт. – 2010. – № 1 (69). – С. 35–41.

19. Медицина в Голландии [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.med-practic.com/rus/52/46250/article.more.html>. – Дата доступа: 06.12.2019.

20. Соплатежи населения в системе здравоохранения: международный опыт / А. П. Татаринов [и др.] // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2016. – Т. 9, № 3. – С. 60–67.

21. Здравоохранение в Нидерландах [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.anotherlife.info/zdravookhraneniye-v-niderlandax/>. – Дата доступа: 06.12.2019.

22. Владимирова, О. Нидерланды: система здравоохранения – лучшая в Европе [Электронный ресурс] / О. Владимирова // ЛекОбоз. – 2017. – № 9. – Режим доступа: <https://lekoboz.ru/svezhij-nomer/lekarstvennoe-obozenie-9-novye-trendy-farmobrazovaniya-12-05-2017/niderlandy-sistema-zdravookhraneniya-luchshaya-v-evrope>. – Дата доступа: 04.12.2019.

23. Рейтинг стран мира по уровню расходов на здравоохранение [Электронный ресурс] // Expenditure on Health. – Режим доступа: <http://apps.who.int/nha/database>. – Дата доступа: 04.12.2019.

24. Жукова, О. Фармацевтическое обеспечение в Японии [Электронный ресурс] / О. Жукова. – Режим доступа: <https://lekoboz.ru/sekrety-effektivnykh-prodazh/>

opyt-uspeshnykh-aptek/farmatsevticheskoe-obespechenie-v-yparii. – Дата доступа: 05.12.2019.

25. Пирамида Семашко – основные принципы организации здравоохранения [Электронный ресурс] // Медицина 2.0. – Режим доступа: <https://www.med2.ru/story.php?id=31696>. – Дата доступа: 05.12.2019.

26. Максимова, Л. В. Анализ систем здравоохранения ведущих зарубежных стран / Л. В. Максимова, В. В. Омеляновский, М. В. Сура // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2014. – № 1. – С. 37–45.

27. Shieber, G. J. Health Care Systems in Twenty four countries / G. J. Shieber, J. P. Pocellier, H. M. Greenwald // Health Affaires. – 1991. – P. 34–37.

28. Кугач, В. В. Основы аптечной практики в Великобритании / В. В. Кугач // Рецепт. – 2012. – № 5 (85). – С. 36–45.

29. Оценка технологий здравоохранения и система лекарственного возмещения в Италии / Ф. В. Горкавенко [и др.] // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2019. – Т. 12, № 2. – С. 156–164.

30. Кугач, В. В. Здравоохранение и фармация Италии / В. В. Кугач // Рецепт. – 2009. – № 1 (63). – С. 18–25.

31. Кугач, В. В. Лекарственное обеспечение населения Австралии / В. В. Кугач // Рецепт. – 2013. – № 1 (87). – С. 16–23.

32. Обзор существующих систем оценки технологий здравоохранения в странах с различным уровнем доходов / Р. У. Хабриев [и др.] // Современная организация лекарственного обеспечения. – 2015. – № 1. – С. 7–15.

33. Сафронова, Т. А. Системы здравоохранения и лекарственного обеспечения некоторых зарубежных государств / Т. А. Сафронова, Т. А. Дорофеева // Рецепт. – 2001. – № 4. – С. 19–26.

34. Дорофеева, Т. А. Особенности государственного регулирования цен и возмещения затрат на лекарственные средства в североамериканском и австралийском регионах / Т. А. Дорофеева, В. В. Кугач // Вестник фармации. – 2005. – № 3 (29) – С. 72–77.

35. Blenlincopp, A. Patients, society and the increase in self medication / A. Blenlincopp, C. Bradley // Birmingham Medical J. – 1996. – № 312. – P. 835–837.

36. В США снова говорят о реформе системы здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://tass.ru/mezhdunarodnaya-panorama/7312821>. – Дата доступа: 11.12.2019.

37. Шведова, Н. А. Здравоохранение США: решение откладывается до президентских выборов 2020 года / Н. А. Шведова // США и Канада: экономика, политика, культура. – 2019. – Т. 49, № 6. – С. 37–53.

38. Медицинское страхование в Канаде [Электронный ресурс] // Immigrant.Today. – Режим доступа: https://immigrant.today/canada/14826-medicinskoe-strakhovanie-v-kanade.htm?page=2#content_top. – Дата доступа: 11.12.2019.

39. Здравоохранение Беларуси [Электронный ресурс] // Официальный интернет-портал Президента Республики Беларусь. – Режим доступа: http://president.gov.by/ru/zdravooohranenie_ru/. – Дата доступа 09.12.2019.

40. Глушанко, В. С. Эффективность белорусской модели здравоохранения и лекарственного обеспечения населения // Вестник фармации. – 2016. – № 2. – С. 20–29.

41. О лекарственных средствах: Закон Респ. Беларусь от 20 июля 2006 г. № 161-З: в ред. от 29 июня 2016 г. № 386-З // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – Минск, 2016. – № 2/2384.

42. Медстраховка в Беларуси: сколько стоит, в чем ее преимущества и недостатки [Электронный ресурс] // Myfin.by. – Режим доступа: <https://myfin.by/stati/view/13237-medstrahovka-v-belarusi-skolko-stoit-v-chem-ee-preimushhestva-i-nedostatki>. – Дата доступа: 10.12.2019.

43. Какие «плюшки» можно получить от медицинской страховки в Беларуси [Электронный ресурс] // 103. BY. – Режим доступа: <https://mag.103.by/topic/40093-kakije-plyushki-mozhno-poluchity-ot-med-strahovki-v-belarusi/>. – Дата доступа: 10.12.2019.

Адрес для корреспонденции:

210009, Республика Беларусь,
г. Витебск, пр. Фрунзе, 27,
УО «Витебский государственный ордена
Дружбы народов медицинский университет»,
кафедра общественного здоровья
и здравоохранения
с курсом ФПК и ПК,
тел. раб.: 8 0212 64 81 59,
e-mail: glushanko@mail.ru,
Глушанко В. С.

Поступила 12.12.2019 г.